

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N^o 4

QUELQUES CAS

DE

TUBERCULOSE DE GUERRE

A ÉVOLUTION RAPIDE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Mai 1916

PAR

M^{lle} STEINBERG (Sarah)

Née à Kichineff (Russie), en 1890

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examineurs
de la Thèse

RAUZIER, Professeur, *Président*

CARRIEU, Professeur.

LAGRIFFOUL, Agrégé.

VEDEL, Agrégé libre.

Assesseurs



MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14. Avenue de Toulouse. — Téléphone: 8-78

1916

QUELQUES CAS
DE
TUBERCULOSE DE GUERRE
A ÉVOLUTION RAPIDE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 4

QUELQUES CAS

DE

TUBERCULOSE DE GUERRE

A ÉVOLUTION RAPIDE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Mai 1916

PAR

M^{lle} STEINBERG (Sarah)

Née à Kichineff (Russie), en 1890

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examineurs
de la Thèse

RAUZIER, Professeur, *Président*.

CARRIEU, Professeur.

LAGRIFFOUL, Agrégé.

VEDEL, Agrégé libre.

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1916



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAHRET (✱).....	DOYEN.
SARDA.....	ASSESEUR.
IZARD.....	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (✱).
Clinique médicale.....	CARRIEU (✱).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAHRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT (✱).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✱).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. ✱).
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✱).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale.....	RAUZIER (✱).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES.
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU.
Chimie médicale.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✱), GRASSET (O. ✱).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, prof.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof.-adj.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agr. lib. ch. d. c.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU ✱, agr. lib. ch. d. c.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, agr. lib. ch. d. c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, agr. lib. ch. d. c.
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. RICHE.	MM. J. DELMAS.
GRYNFELT.	CABANNES.	RIMBAUD.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	ROGER.
LEENHARDT.	P. DELMAS.	ETIENNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	LISBONNE.

Examineurs de la thèse :

MM. RAUZIER, Président.	MM. LAGRIFFOUL, Agrégé.
CARRIEU, Professeur.	VEDEL, Agrégé libre.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

A MA COUSINE MADAME MARMOREK

DOCTEUR EN MÉDECINE

Témoignage de vive reconnaissance.

A TOUS MES AMIS

S. STEINBERG.



A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

LAGRIFFOUL ET VEDEL

A TOUS MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

S. STEINBERG.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0086

QUELQUES CAS
DE
TUBERCULOSE DE GUERRE
A ÉVOLUTION RAPIDE

INTRODUCTION

Sur les conseils de notre maître M. le professeur Rauzier nous avons pris comme sujet de thèse la phtisie à évolution rapide chez les militaires au front, qui peut être considérée comme une question de grande actualité.

Grâce à l'obligeance de M^{lle} Giraud, interne des hôpitaux de Montpellier, nous avons pu profiter des cas qui se sont présentés dans la clinique médicale de M. le professeur Rauzier.

La vie que le soldat est obligé de mener au front est tout à fait propice au développement de toutes sortes d'affections, et surtout de la tuberculose dont l'étiologie repose sur le surmenage, les mauvaises conditions hygiéniques, le froid, l'humidité, l'alimentation défectueuse.

La guerre actuelle présente largement toutes ces conditions, auxquelles il faut ajouter l'état moral du soldat sur le front.

La tuberculose qui était à l'état latent, qui se serait arrêtée dans son évolution ou aurait évolué lentement, a reçu un coup de fouet du fait de la guerre. Nous en trouvons la preuve dans nos observations II, III, IV, V.

Il est des cas où des individus, tout à fait indemnes en apparence, contractent au front la tuberculose qui, sous l'influence des mêmes causes, évolue rapidement (Obs. I, VI, VII, VIII).

OBSERVATIONS (1)

OBSERVATION I

Tuberculose pulmonaire contractée, puis aggravée au front.

Marche aiguë. — Pneumothorax spontané. — Mort.

F... Sylvestre, 29 ans, soldat au 128^e régiment d'infanterie, est entré le 1^{er} décembre 1915 dans le service de M. le professeur Rauzier, salle Espéronnier, n° 14.

Mobilisé dès les premiers jours d'août 1914, ce soldat était à ce moment-là en parfaite santé. Il n'avait jamais été malade et ne toussait pas. Parti pour le front en

(1) Toutes nos observations sont inédites et dues à l'obligeance de M^{lle} Giraud, interne des hôpitaux de Montpellier, qui les a recueillies dans le service de M. le professeur Rauzier.

septembre, il a commencé à tousser au mois de novembre ; puis il s'est mis à cracher, à avoir de la fièvre et à maigrir et a été évacué à Noël 1914 pour bronchite. Nous n'avons sur cette maladie que les renseignements vagues que le malade est à même de fournir. Il a eu de la fièvre pendant quelques semaines, puis la fièvre a disparu, la toux a diminué, l'expectoration a à peu près cessé, l'état général est devenu meilleur, et le malade, après un congé de convalescence, a rejoint son dépôt, en apparence complètement guéri. Il est reparti pour le front le 7 juillet 1915.

Le 28 août, il était évacué à nouveau pour pleurésie gauche sur un hôpital de l'intérieur où la ponction a donné issue à 1 litre 1/2 environ de liquide séro-fibrineux.

Depuis F... ne s'est pas rétabli. Il a constamment présenté de la fièvre à exacerbation vespérale très marquée, de la dyspnée, quelques douleurs thoraciques surtout à gauche, une toux fréquente, une expectoration purulente peu abondante.

L'état général est allé en périlissant constamment, l'appétit est nul, il y a des sueurs abondantes la nuit.

C'est dans cet état que le malade nous arrive le 1^{er} décembre.

L'examen local ne révèle rien d'anormal à l'auscultation en avant, mais il y a aux deux sommets une diminution très marquée de la sonorité.

En arrière, il existe au sommet droit une obscurité très marquée avec expiration prolongée et craquements à la toux ; au sommet gauche il y a de l'expiration prolongée très nette et enfin, à la base gauche, on note une matité complète, un souffle spéluncique intense avec bruits humides de gros calibre.

L'examen des crachats a révélé la présence de nombreux bacilles de Koch.

Pendant le séjour du malade dans le service nécessité par l'instruction de sa réforme n° 1, l'état général a continué à périliter, la fièvre atteignait 40° le soir, et un souffle cavitaire n'a pas tardé à apparaître au sommet droit. Le malade se cachectisait rapidement, lorsque le 15 mars 1916 il s'est plaint d'un point de côté intense à la base gauche, accompagné d'une dyspnée angoissante. L'auscultation a révélé l'existence à ce niveau d'un pneumothorax partiel et le malade est mort le 25 mars.

OBSERVATION II

Tuberculose à marche aiguë contractée au front par un malade ayant eu une hémoptysie il y a cinq ans et ayant paru guéri depuis.

S... Adrien, 37 ans, tambour au 131^e Régiment Infanterie territoriale, est entré dans le service de M. le professeur Rauzier, salle Espéronnier, n° 18, le 16 mars 1916. Ce malade, qui était sur le front depuis 19 mois, avait été évacué le 5 mars pour bronchite. Il tousse depuis deux mois, crache beaucoup, a une expectoration très purulente. Très essoufflé à la moindre marche, il se plaint en outre de douleurs thoraciques vagues et

d'une faiblesse croissante. Il a beaucoup maigri depuis ces deux mois et présente le soir de la fièvre variant entre 38°5 et 39°. Il n'a pas d'appétit et ses digestions sont un peu pénibles. Il n'y a rien d'anormal du côté des autres appareils.

Interrogé sur ses antécédents, le malade nous apprend qu'il a eu il y a 5 ans une hémoptysie. Il s'était rétabli complètement et assure qu'au moment de la mobilisation il était en très bonne santé et ne toussait pas du tout.

Il s'est mis à tousser pendant le premier hiver qu'il a passé au front mais n'a pas été évacué et au printemps il a cessé de tousser. Il est resté bien portant jusqu'au début de janvier 1916, époque à laquelle il s'est remis à tousser.

A l'examen, on constate une maigreur très marquée, les dépressions sus et sous-claviculaires sont accusées surtout à droite. Il y a en avant une submatité nette au sommet droit avec respiration soufflante et craquements.

Au sommet gauche il y a des craquements sans modification de la sonorité.

En arrière, on retrouve les mêmes signes mais plus marqués.

L'examen des crachats montre la présence de nombreux bacilles de Koch.

L'évolution a été très rapide chez ce malade. Quinze jours après son entrée, on notait un souffle cavitaire au sommet droit. La cachexie a fait des progrès très rapides et le malade est mort le 24 avril 1916.

OBSERVATION III

Tuberculose probablement antérieure à la mobilisation, aggravée au régiment. — Evolution aiguë. — Granulie terminale.

P... Jean, 40 ans, soldat au 122^e Infanterie territoriale, est entré le 4 décembre 1915 dans le service de M. le professeur Rauzier, salle Espéronnier, n° 9.

Il présente une dyspnée très marquée à la moindre fatigue, tousse beaucoup, a une expectoration très abondante et très purulente, d'aspect nummulaire. Tous ces troubles remonteraient à la fin de l'hiver précédent d'après le malade qui dit qu'avant la mobilisation il ne toussait pas ; mais quelques hésitations et quelques contradictions dans ses dires, l'aspect de ses doigts aux extrémités très élargies, aux ongles très nettement hippocratiques nous permettent de supposer que le début des accidents est plus ancien que le malade ne l'avoue.

Mobilisé dès le début, P... n'est parti pour le front qu'à la fin de mai 1915 et au bout d'un mois il était évacué pour bronchite. Depuis il a circulé à travers les hôpitaux et a eu plusieurs congés de convalescence.

Depuis quelques semaines il a de la fièvre : 38°5 à 39° le soir, tousse davantage et a par moments des crises de dyspnée assez violentes. Il a beaucoup maigri et pèse à

peine 50 kgs pour une taille de 1 m. 62. Pas d'appétit, la toux provoque parfois des vomissements, il y a un peu de diarrhée.

Le malade est très pâle et très grêle. On note en avant une submatité très prononcée au sommet droit. Aux deux sommets il existe une obscurité respiratoire très marquée et des craquements.

En arrière, il y a de la matité au sommet droit avec souffle très net à la toux et des craquements bilatéraux.

Le 20 décembre, on trouve le malade assis sur son lit, très angoissé et suffoquant. L'auscultation montre l'existence d'une pluie de râles très fins bilatéraux et absolument généralisés. Il s'agit d'une poussée granulique à laquelle le malade a succombé le 29 décembre.

OBSERVATION IV

Tuberculose antérieure à la mobilisation, aggravée au front.
Marche aiguë. — Mort.

M... Henri, 45 ans, soldat au 81^e Infanterie territoriale, est entré le 25 janvier 1916 dans le service de M. le professeur Rauzier, salle Espéronnier, lit 32.

Ce soldat, qui avait eu en 1910 une pleurésie droite, avait toujours toussé depuis. Mobilisé cependant, il avait

passé cinq mois au front d'où on l'avait évacué le 17 décembre 1915 pour bronchite.

Il tousse beaucoup par quintes, crache abondamment, n'a jamais eu d'hémoptysie. Il a maigri énormément, surtout depuis deux mois, et présente un état général voisin de la cachexie. La température atteint environ 39° le soir et s'abaisse de un degré à un degré et demi le matin. La voix est voilée, un peu rauque. Pas de douleurs laryngées.

A l'examen : en avant, matité complète au sommet droit, souffle spéluncique et gargouillements. Les signes sont les mêmes en arrière, mais il y a en outre de la rudesse avec expiration très prolongée au sommet gauche.

Un mois après, il existait au sommet gauche des craquements et un souffle léger.

Le malade a succombé le 11 mars.

OBSERVATION V

Tuberculose paraissant consécutive à une blessure de guerre chez un malade antérieurement suspect. — Evolution aiguë ; entérite bacillaire. — Mort.

F... François, 27 ans, soldat au 81^e d'infanterie, est entré le 22 janvier 1916 dans le service de M. le professeur Rauzier, salle Espéronnier, lit n° 29.

Après un séjour de 4 mois au front, d'août à novembre 1914, il a été évacué pour blessure. Reparti fin mars 1915, il a été blessé le 2 avril et évacué à nouveau. Cette blessure au bras gauche a suppuré pendant plusieurs semaines et pendant qu'il était en traitement pour elle le malade a commencé à tousser. Son billet d'hôpital à cette époque porte : « bronchite suspecte et mauvais état général ». Antérieurement à la mobilisation, la santé du malade n'était pas parfaite, il accuse des bronchites à répétition depuis plusieurs années. Cependant il n'avait jamais cessé de travailler. Il n'a jamais eu d'hémoptysie.

Actuellement, il tousse et crache beaucoup; les crachats très purulents présentent un aspect nummulaire très net. Dyspnée très marquée au moindre effort. Pas d'appétit. Quelques douleurs abdominales sourdes avec de temps à autre une véritable crise douloureuse passagère; diarrhée séreuse très fréquente depuis plus de six mois. Le malade nous dit avoir présenté il y a six mois une poussée de péritonite sur laquelle il ne peut nous fournir aucun renseignement précis.

L'état général est extrêmement précaire, voisin de de la cachexie. La fièvre est élevée, variant de 38°5 le matin à 40° le soir.

A l'auscultation, on note en avant une matité très prononcée aux deux sommets avec signes spéléunciques bilatéraux très étendus. En arrière, on trouve les mêmes signes, un peu moins marqués. Les crachats contiennent de très nombreux bacilles de Koch.

La cachexie progresse très rapidement. Le 15 mars le malade fait spontanément un pneumothorax total du côté gauche. Le début est très dramatique, avec douleur intense et dyspnée atroce. L'obscurité est complète dans

tout le côté gauche, il existe un souffle amphorique et des râles métalliques. Sous l'influence de la morphine, les phénomènes aigus s'amendent, mais le malade a succombé au bout de très peu de jours.

OBSERVATION VI

Bacillose diffuse du côté gauche contractée au front. — Marche aiguë.
Laryngite bacillaire. — Pneumothorax spontané total. — Mort.

D... Pierre, 28 ans, soldat au 346^e Régiment d'infanterie, entre le 9 décembre 1915 dans le service de M. le professeur Rauzier, salle Espéronnier, n° 7.

Mobilisé depuis le début de la guerre, ce soldat est resté 14 mois au front sans interruption. Vers le mois de juillet 1915 il a commencé à tousser un peu et a eu une hémoptysie légère, puis il s'est mis à s'affaiblir et à maigrir. Il a été évacué le 16 octobre 1915 pour fatigue générale. Avant la mobilisation il était en bonne santé, ne toussait pas et n'avait jamais été malade.

Il tousse et crache beaucoup, surtout le matin; les crachats très purulents sont parfois striés de sang. La dyspnée est très marquée; il y a des douleurs thoraciques du côté gauche. Depuis deux mois le malade est aphone et souffre de la gorge en parlant; très légère dysphagie.

Pas d'appétit. Pas de troubles digestifs marqués.

Etat général très mauvais ; le malade pèse 44 kgs, sa taille est de 1 m. 56. Les dépressions claviculaires sont profondes, le teint est pâle, les muqueuses sont complètement décolorées. Il y a de la fièvre le soir variant de 38° à 38°5.

A l'examen, submatité très marquée au sommet gauche en avant avec respiration soufflante. Pluie de sous-crépitants sur toute la hauteur à gauche. Rien de net à droite.

En arrière, il y a au sommet gauche de la submatité, de l'obscurité respiratoire et des craquements. Rien à la base. Rien à droite.

Tachycardie très marquée : 110 à 120 pulsations par minute.

Les crachats contiennent de très nombreux bacilles de Koch.

Trois semaines plus tard, on note des sous-crépitants sur toute la hauteur en arrière et à gauche, de l'obscurité très marquée avec expiration prolongée au sommet droit en avant.

Le 23 janvier, brusquement, douleur atroce du côté gauche avec dyspnée formidable et lipothymie.

L'auscultation montre qu'il vient de se produire un pneumothorax gauche total. Les tonicardiaques, l'oxygène, la morphine, la révulsion cutanée ont raison des accidents immédiats. Mais le malade ne dispose plus que d'un champ respiratoire très restreint, le poumon gauche étant totalement supprimé et le poumon droit présentant une infiltration massive du sommet. Il agonise quelques jours et meurt le 30 janvier 1916.

OBSERVATION VII

Tuberculose pulmonaire contractée au front. — Marche aiguë. — Mort

G... Charles, 17 ans, engagé volontaire au 3^e d'artillerie à pied, est entré le 9 janvier 1916 dans le service de M. le professeur Rauzier, salle Espéronnier, lit n° 12.

Toujours bien portant jusqu'au moment de son départ pour le front, ce soldat a été évacué en décembre 1915 après trois mois de campagne. Dès le mois de novembre, il avait commencé à tousser et son état général avait beaucoup périclité. Il toussait beaucoup, présentait une expectoration purulente abondante dans laquelle on a trouvé des bacilles de Koch dès les jours qui ont suivi son évacuation.

Une fatigue générale et quelques douleurs thoracique sont les seuls signes accusés par le malade en dehors de la toux actuellement moins fréquente qu'au début. Pas d'appétit, mais pas de troubles digestifs.

Teint très pâle, maigreur accentuée. Poids : 52 kil. Fièvre assez élevée le soir : 38°5 à 39°.

A l'examen, *en avant*, matité au sommet gauche avec obscurité et râles de tous calibres. Rien à droite.

En arrière, mêmes signes qu'en avant à gauche. Respiration très prolongée au sommet droit.

Les signes s'étendent très rapidement et, un mois environ après son arrivée, le malade présentait un souffle cavitairé au sommet gauche et une infiltration sur toute la hauteur à droite en arrière.

Le 20 mars, on notait la présence de râles sous-crépitañts à droite sur toute la hauteur en avant et en arrière et d'une caverne étendue à gauche. Il existait de l'œdème des membres inférieurs.

Le malade est mort le 10 avril, complètement cachectique.

OBSERVATION VIII

**Tuberculose pulmonaire contractée au front. — Marche aiguë.
Laryngite tuberculeuse. — Mort.**

L... Henri, 21 ans, soldat au 147^e Infanterie, entre le 11 décembre 1915 dans le service de M. le professeur Rauzier, salle Espéronnier, lit n° 22.

Toujours bien portant avant la mobilisation et au front depuis le début de la guerre, a été blessé à la cuisse en avril 1915 et évacué. La guérison a été assez rapide, mais déjà au cours du traitement de cette bles-

sure le soldat a commencé à tousser. Il est reparti pour le front en août et a été évacué pour bronchite le 27 novembre. A ce moment il toussait beaucoup, avait des crachats très abondants, très purulents et mousseux, et était aphone depuis environ trois semaines. Il souffrait beaucoup de la gorge et présentait une dysphagie atroce. En outre, il avait de la fièvre.

C'est dans cet état qu'il nous arrive, déjà presque cachectique, l'alimentation rendue à peu près impossible par la dysphagie, souffrant atrocement à chaque parole et à chaque accès de toux.

L'examen du larynx, fait dans le service de M. le professeur Mouret, a montré une pâleur très marquée des muqueuses avec rougeur des cordes et infiltration de l'épiglosse.

A l'auscultation, on trouve de la submatité au sommet droit, en avant, avec obscurité et craquements.

En arrière, submatité au sommet droit, respiration soufflante aux deux sommets, surtout à droite, avec râles humides bilatéraux.

OEdème des membres inférieurs.

Le malade est mort le 14 janvier 1916, en pleine cachexie.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Nous n'avons pas à étudier ici l'étiologie de la tuberculose en général, mais seulement à rechercher quelles sont les conditions qui déterminent ou favorisent l'évolution aiguë de la maladie.

La marche lente ou rapide de la tuberculose est due à la variabilité de deux facteurs : virulence du microbe, résistance de l'économie à l'agent infectieux.

En d'autres termes, on peut admettre à priori que le processus devient aigu dans deux cas distincts : soit que le bacille tuberculeux, envisagé indépendamment du milieu où il pénètre, présente une activité pathogène plus intense que d'habitude ; soit que l'organisme, pour tel ou tel motif, se montre moins réfractaire à l'invasion microbienne. Il semble, à première vue, qu'on doive attribuer à une virulence plus grande du bacille tuberculeux la production de la phtisie aiguë sous forme épidémique. Contagieuse autant, sinon plus, que les autres variétés de tuberculose, elle sévit parfois à l'état épidémique, ainsi qu'après Leudet l'ont démontré certains médecins militaires. D'autre part, c'est dans l'économie qu'il faut chercher le pourquoi de l'évolution aiguë. Comme dit Colin, « les

recrues, dès leur arrivée au corps, sont frappées comme si la graine, sans cesse apportée, n'avait qu'à tomber sur un terrain d'autant plus fertile qu'il est plus jeune et plus excellemment préparé par la misère physiologique vers laquelle les ont acheminées la nostalgie, la nourriture insuffisante, la séquestration, les fatigues ».

La phtisie aiguë s'observe communément chez de jeunes sujets à constitution robuste, exempts de toute tare morbide. Néanmoins dans ces cas l'invasion microbienne est facilitée par des facteurs morbides qui affaiblissent passagèrement la résistance de l'organisme, tels que des excès, des fatigues, le surmenage, l'alimentation défectueuse ou insuffisante, l'humidité, le froid, l'insomnie, les préoccupations morales, etc. Ainsi peut s'expliquer la fréquence relative de la tuberculose chez les jeunes recrues en apparence les plus robustes, et surtout chez les militaires en campagne. Mais d'habitude c'est chez les individus qui avaient été soumis antérieurement à des influences morbides de nature dyscrasique (diabète ou alcoolisme), ou infectieuse (grippe, rougeole, coqueluche) qu'évolue la tuberculose aiguë. Parmi ces états pathologiques figurent en première ligne les lésions pulmonaires préexistantes : bronchite à répétition, pneumonie, pleurésie, etc.

La phtisie aiguë est, dans la grande majorité des cas, secondaire à une bacillose latente. La vie militaire, surtout en temps de guerre, qui à elle seule suffit à préparer un terrain fertile pour l'éclosion de la tuberculose, est surtout propice pour donner un coup de fouet à la phtisie latente. C'est ce que nous voyons d'ailleurs dans certaines de nos observations.

Que l'infection granulique se concentre sur un seul appareil ou qu'elle se généralise rapidement, envahissant de toutes parts séreuses et viscères, les manifestations cliniques n'en offrent pas moins d'habitude au début un caractère insidieux. L'infection du sang, la bacillémie, c'est-à-dire les phénomènes révélateurs d'une intoxication générale, précèdent, jusque dans les formes les moins diffuses de granulie, les manifestations locales. Or comme, de l'avis de tous les expérimentateurs, le liquide sanguin ne fournit pas un milieu favorable au développement du bacille de Koch, cette intoxication doit s'effectuer moins promptement et parler moins haut que dans maints autres états infectieux dépendant d'un microorganisme qui vit plus à son aise dans le sang.

D'autre part, les lésions tuberculeuses qui correspondent au second acte de la maladie n'ont pas d'ordinaire la vivacité d'allures des inflammations franches ; tout au contraire, elles envahissent l'économie sans y susciter immédiatement les réactions intenses qui sont le propre des phlegmasies simples. C'est ainsi que la méningite, que la péritonite tuberculeuses n'ont pas une entrée aussi bruyante que la méningite, que la péritonite traumatiques.

On conçoit dès lors pourquoi les manifestations générales sont les premières en date et aussi pourquoi la phase initiale, qu'il s'agisse des phénomènes d'infection ou des symptômes locaux, s'effectue à bas bruit. Il en est ainsi que la granulie soit consécutive à une phtisie chronique (Obs. II, III, IV, V), ou qu'elle apparaisse chez un individu encore indemne de toute lésion tuberculeuse accessible à nos moyens d'investigation (Obs. I, VI, VII, VIII).

Un malaise général, l'inaptitude au travail physique et intellectuel, des perturbations du caractère qui devient irascible ou maussade, l'irrégularité du sommeil que troublent des rêvasseries ou des rêves pénibles avec une grande fatigue au réveil, la diminution de l'appétit, la torpeur des fonctions digestives, des épistaxis, une céphalée vague : ce sont autant de manifestations morbides qu'on observe dans maintes maladies infectieuses à leur début. Il en est de même des frissonnements ou des accès fébriles assez légers pour que parfois le malade n'en ait pas conscience, et qui pourraient passer inaperçus, n'étaient l'accélération constante du pouls et les données fournies par l'exploration thermométrique.

Mais tandis que dans la plupart des pyrexies infectieuses la période prodromique n'a pas une longue durée et que bientôt l'affection arrive à sa période d'état, dans la tuberculose aiguë l'invasion est habituellement lente ; si parfois il ne se passe guère plus d'un septénaire avant que d'autres manifestations plus nettes apparaissent, souvent aussi, plus souvent même, cette phase de germination se prolonge deux ou trois semaines ; il peut même arriver que le malaise s'atténue pendant quelques jours comme si l'économie reprenait le dessus entre deux poussées infectieuses successives.

Mais ces rémissions, plus apparentes que réelles, ne sauraient tromper un œil exercé ; car, alors même que la santé semble renaître, on constate que l'amaigrissement qui s'est produit dès les premiers jours ne se ralentit pas, même sans une perte absolue de l'appétit. L'émaciation constitue un des meilleurs signes de l'invasion tuberculeuse, et l'on peut dire qu'il n'est aucun état morbide, fût-il accompagné d'une fièvre intense, où elle soit si précoce et si accusée.

A ces phénomènes qui, à part le mouvement fébrile, pourraient faire craindre l'éclosion aussi bien d'une affection cachectisante que d'une affection lente, s'en joignent bientôt deux autres qui appellent l'attention du côté des voies respiratoires : c'est d'abord un état dyspnéique continu et à caractère paroxystique se produisant sans cause appréciable et non à la suite d'efforts comme dans les affections cardiaques ; c'est ensuite une petite toux sèche et assez pénible. Ces deux symptômes relèvent, soit de l'invasion des poumons par les granulations miliaires qui rétrécissent le champ de l'hématose, soit d'une adénopathie trachéo-bronchique.

Tel n'est pas toujours le début de la tuberculose aiguë. Il arrive aussi que l'infection bacillaire donne lieu d'emblée à une réaction inflammatoire intense sur l'appareil respiratoire, et qu'après une période prodromique extrêmement courte ou même nulle, des lésions du côté des bronches, du parenchyme pulmonaire ou de la plèvre, s'affirment par des caractères cliniques très tranchés. La tuberculose entre alors en scène à la manière des affections inflammatoires franches, revêtant, par exemple, le masque d'une bronchite capillaire, d'une broncho-pneumonie ou d'une pleurésie aiguë. Ce mode brusque d'invasion s'observe surtout dans les cas où la granulie apparaît à titre d'infection secondaire à la suite d'une maladie qui lui prépare en quelque sorte les voies, comme la rougeole, la coqueluche, la grippe, ou une maladie locale, comme la pleurésie, la pneumonie, etc.

Enfin, il peut en être de même lorsque les granulations envahissent tout à coup une étendue considérable du parenchyme pulmonaire ou y déterminent une congestion intense et généralisée : ainsi s'explique le début

parfois foudroyant de la forme suffocante de la tuberculose aiguë.

Quelque insidieux qu'ait été le début, un moment vient où la maladie entre dans sa période d'état, caractérisée par un ensemble de phénomènes, les uns généraux, les autres locaux. Tantôt les premiers dominent la scène, et l'on se trouve en présence de la granulie à forme de pyrexie ; tantôt, au contraire, ce sont les troubles réactionnels, dépendant de l'imprégnation tuberculeuse de tel ou tel organe, de tel ou tel appareil, qui figurent au premier plan, et ainsi sont constitués des états morbides très dissemblables au point de vue séméiologique, comme la tuberculose aiguë pleuro-pulmonaire, péritonéale, méningée. Dans nos observations c'est surtout les phénomènes locaux (pulmonaires) qui dominent : point de côté, dyspnée, crachats purulents. Ajoutons que ce processus présente pour le sommet du poumon une prédilection dont l'importance ne demande pas à être soulignée.

Ce qui caractérise surtout cette affection, c'est sa marche irrégulière, des rémissions plus au moins complètes qui parfois sont assez prolongées pour donner lieu à des espérances bien vite déçues. D'habitude, ces accalmies sont plus apparentes que réelles ; car, alors même que la détente dans les phénomènes généraux et locaux semble prononcée, et que le malade et son entourage reprennent confiance, on voit le plus souvent persister et même s'accroître les manifestations fondamentales de la granulie, la dyspnée et le dépérissement, si bien que l'affection s'achemine rapidement vers sa terminaison fatale (Obs. III).

Le pronostic est fatal ; la fin vient, soit par l'extension considérable des lésions du parenchyme pulmonaire, qu'il s'agisse de lésion tuberculeuse ou bien d'un simple état inflammatoire ou congestif. Souvent, à l'occasion d'une crise de toux, d'un effort ou bien sans cause appréciable, une douleur violente survient tout à coup dans un des côtés de la poitrine. Cette douleur, à caractère souvent déchirant, s'accompagne aussitôt d'angoisse, de sensation de suffocation, c'est le pneumothorax qui se produit à la suite d'une rupture d'une masse tuberculeuse située à la surface du poumon et qui termine la scène (Obs. I, VI).

La terminaison de la phtisie pulmonaire par généralisation de la tuberculose est un fait commun, observé depuis longtemps ; la durée de la maladie est très variable, on peut cependant la fixer en moyenne à sept semaines environ, à partir du jour où le processus est entré dans sa phase fébrile. La mort survient par adynamie progressive ou par asphyxie plus ou moins rapide ; mais le dénouement fatal peut être plus prompt, soit qu'apparaissent des manifestations méningées à caractère ataxique, soit qu'une poussée granulique pulmonaire entrave brusquement la respiration.

En résumé, début généralement insidieux et prolongé dont la note dominante est une émaciation rapide, marche irrégulière de l'évolution morbide, traversée souvent par des phases d'accalmie ou de rémission, mobilité des phénomènes respiratoires qui sont d'habitude en disproportion flagrante avec une dyspnée progressive, tels sont, abstraction faite des phénomènes généraux, les traits

cliniques essentiels de l'infection tuberculeuse aiguë. Aucun n'a une valeur pathognomonique, ils ne valent que par leur association. C'est seulement dans l'examen bactériologique des crachats ou du sang qu'on pourrait trouver un critérium certain de la bacillose.

CONCLUSIONS

I. — La tuberculose de guerre a généralement une évolution rapide.

II. — Elle est tantôt contractée, tantôt accrue sous l'influence des fatigues de toutes sortes et des conditions hygiéniques déplorables qu'entraîne la guerre.

III. — Sa marche est irrégulière, avec des rémissions apparentes.

IV. — Le diagnostic se fait d'après les phénomènes locaux et se confirme par l'analyse bactériologique des crachats.

V. — Le pronostic est fatal.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 11 mai 1916.

Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 11 mai 1916.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



MONTPELLIER — IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
